

平成29年度 北海道行動援護従業者養成研修

受講申込書

提出日 年 月 日

ふりがな		性別	生年月日
氏名		男・女	年 月 日 ( 歳)
申し込みメールアドレス			
TEL		携帯	
保有資格	<input type="checkbox"/> 介護福祉士 <input type="checkbox"/> 介護職員基礎研修 <input type="checkbox"/> ホームヘルパー1級 <input type="checkbox"/> 介護職員実務者研修 <input type="checkbox"/> 介護職員初任者研修 <input type="checkbox"/> その他 ( )		
職種名		経験年数	年
勤務先	法人名		
	事業所名		
	所在地		
	TEL	FAX	
	《提供サービス》 <input type="checkbox"/> 居宅介護 <input type="checkbox"/> 行動援護 <input type="checkbox"/> 生活介護 <input type="checkbox"/> 重度訪問介護 <input type="checkbox"/> 施設入所支援 <input type="checkbox"/> 共同生活援助 <input type="checkbox"/> 児童発達支援 <input type="checkbox"/> その他 ( )		
	事業所の利用登録者数		名
	行動援護従業者養成研修(強度行動障害支援者養成研修含む)修了者数		名
受講を必要とする理由		フォローアップの希望について <input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 検討中	

※下記の事項をご確認の上、お申し込みください

- 必要事項をご記入の上、メールでお申し込みください。メールのない場合はFAXでお申し込みください。
- 受講決定者には募集締め切り後1週間以内にメールにて通知致します。メールのない場合はFAXにて通知いたします。その際、受講料振込先をご案内をさせていただきますので、通知後1週間以内にお振込みをお願い致します(振込手数料はご負担ください)。

**受講料 40,000円(税込み・テキスト代含む)**

- 受講決定者のキャンセルにつきましては受講料振込後の返金は致しません。
- 受講申込者が募集定員を超えた場合は次のように選考をおこないます。行動援護事業所に従事している方、あるいは勤務が決まっている方であり、所属する行動援護事業所の利用登録者数に対して当該研修(強度行動障害支援者養成研修含む)を修了している従業員の割合が低い事業所の受講を優先致します。また、フォローアップの希望も考慮致します。
- テキストは研修当日にお渡し致します。

●申し込みメールアドレス [ishida@harunire.or.jp](mailto:ishida@harunire.or.jp)

※メールのない場合 FAX番号 0133-73-6855

〒061-3208 石狩市花川南8条3丁目71 社会福祉法人はるにれの里  
地域活動支援センターえみな

受付日時 / NO